

# 障がい児福祉手当・特別障がい者手当 有期認定に係る届出書

※太枠内のみご記入ください

年 月 日

藤沢市長

手当の受給継続にあたり、次の根拠資料にて審査を行うよう届け出ます。また、当該事業適用期間中は、市で保管する情報の範囲内で、事業に必要な情報を市が利用することに同意します。（収集した個人情報は、他の目的に使用されることはありません。）

- 住民基本台帳の記載事項
- 市民税の課税状況
- その他、認定に必要となる事項

受給者氏名

（受給者が18歳未満の場合は保護者の氏名）

（下記の受給者は受給者本人の情報を記入）

フリガナ		生年月日	年 月 日
受給者氏名			
受給者住所	藤沢市	電話	( )
根拠資料	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当認定診断書 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当認定診断書 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 障がい年金申請時の診断書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当申請時の診断書 <input type="checkbox"/> 療育手帳判定結果通知書の写し <input type="checkbox"/> 身体障がい者診断書・意見書の写し		
施設入所（短期入所を除く）・入院等の有無について、記入をお願いします。 ※過去1年以内～現在 施設入所 施設名( ) 期間( 年 月 日 ～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし 入院 病院名( ) 期間( 年 月 日 ～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし			

提出者	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 受給者本人以外（下の欄に記入）		
提出者氏名	受給者との関係		
提出者住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ 電話 ( )	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ 電話 ( )	

※以下、職員記入欄

手当の種類	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当		
認定結果	<input type="checkbox"/> 継続認定（次回認定 ) <input type="checkbox"/> 喪失（ 年 月 日）	備考	受付
		令別表第 一 号該当	
本人確認書類	1点 マ・免・手帳・パスポ 2点 保・自立・年・後・その他( )		